

## Aspectos éticos do nascimento no limite de viabilidade

### *Ethical aspects of birth in the limit of viability*

Cristiane Ribeiro Ambrósio<sup>1</sup>, Carlos Henrique Martins da Silva<sup>1</sup>, Éverton Germano Araújo Melo<sup>2</sup>

#### RESUMO

Apesar dos grandes avanços ocorridos, nos últimos anos, no cuidado intensivo neonatal, recém-nascidos pretermo com idade gestacional abaixo de 25 semanas ainda apresentam altos índices de mortalidade e morbidade, de tal forma que familiares e médicos enfrentam dificuldades para decidir a respeito da instituição e/ou continuação da reanimação desses bebês. Trata-se, portanto, de um problema ético/moral complexo com profundo impacto na vida dos recém-nascidos pretermo (RNPT) sobreviventes e dos seus familiares, além das implicações para o sistema de saúde e a sociedade. O presente trabalho pretende discutir alguns aspectos éticos que possam contribuir para o debate contemporâneo a respeito da decisão de reanimar ou não RNPT extremos.

**Palavras-chave:** Prematuro; Bioética; Suspensão de tratamento; Futildade médica; Mortalidade perinatal; Morbidade.

#### ABSTRACT

Despite recent advances in neonatal intensive care, prematures born at less than 25 weeks gestation have high rates of morbidity and mortality. Parents and doctors face difficult decisions concerning instituting and/or continuing resuscitation and intensive care of these babies. This is, therefore, a complex ethical/moral problem with a strong impact on the lives of the surviving prematures and their families, as well as for the health care system and society. This paper will discuss some ethical issues that may contribute to the contemporary debate about the decision to resuscitate or not extreme preterm infants.

**Keywords:** Infant, Premature; Bioethics; Withholding treatment; Medical futility; Perinatal mortality; Morbidity

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia-UFU, Departamento de Pediatria. Uberlândia, MG – Brasil.

<sup>2</sup> UFU, Hospital das Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, MG – Brasil.

#### Instituição:

Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG – Brasil

#### \* Autor Correspondente:

Cristiane Ribeiro Ambrósio  
E-mail: crambrosio@yahoo.com.br

Recebido em: 18/02/2015.

Aprovado em: 07/01/2016.

## INTRODUÇÃO

As recentes inovações tecnológicas e os novos conhecimentos incorporados pela medicina perinatal têm permitido que recém-nascidos prematuros (RNPT) tenham maiores chances de sobrevivência, mesmo diante da condição de prematuridade extrema. Com efeito, os limites de viabilidade humana já não podem ser especificados de maneira precisa, visto que crianças com 23 a 24 semanas de idade gestacional e com peso inferior a 500g podem sobreviver.<sup>1</sup>

Entretanto, o nascimento de um prematuro pode interromper profundamente seu desenvolvimento cerebral. Bebês com 24 semanas de gestação têm estágio muito rudimentar de desenvolvimento cerebral e, na verdade, a sua arquitetura normal cortical e subcortical ainda não foi formada. Recentes investigações mostraram que a prematuridade está relacionada com uma redução do volume cerebral e anormalidades morfológicas que resultam alterações cognitivas futuras. Além disso, fatores genéticos e ambientais influenciam no desenvolvimento cerebral dos prematuros.<sup>2</sup> Quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, maiores as chances de sequelas.

A sobrevida dos prematuros extremos com a presença de sequelas maiores, isto é, com Hemorragia Periventricular graus III/IV, Broncodisplasia pulmonar e Retinopatia da prematuridade maior ou igual que estágio 3, foram de 97% para os nascidos com 23 semanas, 94% para os de 24 semanas, 77% para os de 25 semanas e 69% para os de 26 semanas de idade gestacional, segundo dados da Rede Espanhola de Neonatologia.<sup>3</sup> Já nos EUA, dados da rede americana de neonatologia *Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network* mostram uma sobrevida com sequelas de 92%, 91%, 80% e 66% para os nascidos com 23, 24, 25 e 26 semanas de idade gestacional, respectivamente.<sup>4</sup> Shah *et al.*<sup>5</sup> relataram em um estudo da rede canadense de neonatologia englobando 17.148 prematuros uma taxa de sobrevivência na alta hospitalar sem sequelas de 5% com 23 semanas de idade gestacional, 10% com 24 semanas de idade gestacional e 20% com 25 semanas de idade gestacional.

Assim, a reanimação de RNPT extremos exige uma profunda reflexão, pois requer procedimentos médicos agressivos com consequências diretas sobre o cérebro em desenvolvimento, muitas vezes trazendo sérios comprometimentos e promovendo benefícios incertos. De tal forma que a reanimação do prematuro extremo suscita uma série de questionamentos: Quais recém-nascidos (RNs) são passíveis de reanimação? Depois de iniciada a reanimação, por quanto tempo o tratamento deve ser mantido? Há que se considerar a qualidade de vida futura do RN? Diante da incerteza dos reais benefícios, os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, nos quais os recursos financeiros são escassos, devem investir no tratamento de RNPT próximos do limite de viabilidade? Há que se estabelecer um limite para a atuação nesse grupo de pacientes?<sup>6-8</sup> Trata-se, portanto, de um problema complexo que deve ser compreendido nas suas dimensões biológicas, legais, econômicas e éticas.

O presente trabalho pretende discutir alguns aspectos éticos que possam contribuir para o debate contemporâneo a respeito da decisão de reanimar ou não RNPT extremos.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica dos aspectos éticos acerca das decisões de reanimação ou não dos prematuros no limite de viabilidade, publicados no período entre 1999 a 2012. Foram utilizados os descritores: prematuro (*infant, premature*), bioética (*bioethics*), suspensão de tratamento (*withholding/withdrawing care*), futilidade médica (*medical futility*), sobrevivência (*survival*), recém-nascido (*new-born*), ética (*ethics*), teoria da decisão (*decision theory/decision making*), mortalidade (*mortality*) e morbidade (*morbidity*).

Não foi necessária a aprovação do trabalho por comitê de ética em pesquisa, por se tratar de um trabalho de revisão da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em português, inglês e espanhol e que tivessem acesso liberado para consulta. Foram excluídos os artigos em outras línguas e aqueles cujo acesso era bloqueado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os avanços médicos no tratamento de pacientes criticamente doentes tem acontecido em todas as áreas da medicina, na maioria das vezes com ênfase na redução da mortalidade. As consequências diretas desses esforços são o aumento dos custos do tratamento, a maior complexidade exigida para o tratamento, o aumento da morbidade posterior e, em muitos casos, a não observância dos desejos do paciente.<sup>9</sup>

Dessa forma, a medicina cada vez mais se aproxima da linha imprecisa que separa o que se deve fazer e o que não se deve.<sup>9</sup> Os tratamentos precisam ser estabelecidos tendo em vista o grau de benefício esperado e o impacto que o mesmo possa causar na qualidade de vida do paciente em questão.

Na neonatologia, existe uma situação especial quando se trata de bebês pretermos no limite de viabilidade. No momento do parto, devido à extrema imaturidade desses bebês, à pequena probabilidade de sobrevida e à grande possibilidade de sequelas graves, iniciar a reanimação levanta a questão do tratamento fútil. Em tais casos, realizar reanimação agressiva e cuidados intensivos neonatais serve apenas para iludir os pais com falsas esperanças de que sua criança pode ser curada,<sup>10</sup> pois são recém-nascidos que estão morrendo antes mesmo de viverem.<sup>11</sup>

Entretanto, o médico entender que a prematuridade extrema promove sequelas graves, muitas vezes irreversíveis e por toda a vida não garante que se tenha um limite para a atuação, nem mesmo que o profissional aplique na prática esse conhecimento. Guinsburg *et al.*<sup>12</sup> mostraram que os neonatologistas têm dificuldade em não realizar a reanimação neonatal em situações de prematuridade extrema em que o grau de sequelas é excessivo – 87% dos bebês de 23 semanas de idade gestacional foram reanimados e somente em 9% dos casos obstetras e neonatologistas concordaram em limitar as medidas para esse grupo de bebês.

Do mesmo modo, Fajardo *et al.*<sup>13</sup> mostraram que, diferentemente do que acontece na América do Norte e na Europa, nos países latino-americanos os prematuros faleceram em sua maioria com todo o suporte vital e receberam, também em sua maioria, medidas de reanimação cardiovascular no momento do óbito.

Vários fatores influenciam a tomada de decisão de iniciar ou não o cuidado intensivo neonatal, dentre estes,

destacam-se o medo de um processo judicial que leva o médico a praticar intervenções desnecessárias; o aumento do número de bebês frutos de inseminação artificial que leva os médicos a manterem tratamentos talvez inapropriados, já que os pais investiram muito para ter o bebê; o fato de o médico ser treinado para salvar vidas, existindo, portanto, um conflito interno por “não fazer nada” e a inadequada resposta à solicitação dos pais para se “fazer tudo”.<sup>14,15</sup>

Dessa forma, a sala de parto também pode ser palco de decisões éticas quando se decide, antes do parto, não reanimar um bebê. Nessa situação, em particular quando se trata de um pretermo extremo, decide-se baseado na viabilidade da criança. É importante ressaltar que, nessa circunstância, define-se a pequena probabilidade de sobrevivência e as possíveis sequelas antes mesmo que elas ocorram e, assim, prejulga-se o futuro de um indivíduo baseado nas incapacidades biológicas de um grupo ao qual ele pertence.<sup>16</sup>

As decisões e ações na sala de parto são feitas em segundos, definindo-se a agressividade dos procedimentos e a continuidade ou não das manobras a serem executadas nos primeiros 30 minutos de vida. É um momento crítico, pois decisões difíceis têm que ser tomadas durante a reanimação de um recém-nascido criticamente doente ou extremamente prematuro.<sup>17</sup>

Se, por um lado, há incerteza sobre a idade gestacional e o prognóstico futuro, por outro, existem controvérsias sobre a agressividade das intervenções e investimento a serem feitos nesse grupo de pacientes, nascidos no limite de viabilidade.<sup>18</sup> Apesar disso, essa questão deve ser respondida toda vez que o pediatra é chamado para recepcionar um bebê prematuro extremo na sala de parto.

O grande desafio que se impõe é definir qual paciente se beneficiará de todo o suporte tecnológico. Ou seja, distinguir quem tem uma situação potencialmente curável daquele em que, pela irreversibilidade do processo, as medidas terapêuticas serão inúteis e classificadas como fúteis.<sup>19</sup>

Assim, a despeito de todo progresso e sucesso no tratamento de bebês criticamente doentes, os médicos continuam com o dilema de não se saber qual é o limite. Uma vez iniciada a terapia, a justificativa para continuá-la deve ser sempre questionada. Prolongar o processo de morrer não serve a nenhum propósito. Em primeiro lugar, não fazer mal e, quando apropriado, deixar a morte ocorrer com dignidade deve ser o foco principal e o centro de todo o processo de decisão.<sup>20</sup>

Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto. A luta pela vida deve seguir limites racionais e humanos, além dos quais se compromete a dignidade humana.<sup>21</sup> O médico deve exercer o seu papel e distinguir entre tudo o que pode ser feito e aquilo que deve ser feito.<sup>22</sup>

É importante ressaltar que o simples fato de os recursos existirem não os torna, automaticamente, de aplicação obrigatória. Eles são indicados ou não conforme o benefício que possam representar para o paciente. O direito à vida não implica um dever à vida ou uma obrigação de sobrevida além do período natural mediante medidas por vezes desgastantes e dolorosas, colocando em séria ameaça a dignidade humana do doente.<sup>23</sup> “A ciência e a tecnologia não podem ser punição ao doente que nasceu no tempo presente. Ninguém é obrigado a morrer intubado, usando drogas vasoativas e em procedimentos dialíticos numa UTI”.<sup>23</sup> Além disso, como afirma o jurista Paulo José da Costa Júnior, “não há dever jurídico de prolongar uma vida irreversível”.

Por outro lado, é preciso ter cuidado para não se deixar de oferecer cuidados intensivos e reanimação neonatal a bebês que têm um potencial razoável de sobrevida sem sequelas.

Muito se discute atualmente sobre o estatuto moral do prematuro, isto é, se valor da vida dos recém-nascidos pretermos é diferente das outras crianças e dos adultos. E, baseado nisso, discute-se se os bebês pretermos têm as mesmas oportunidades de acesso ao tratamento do que as crianças maiores e os adultos.

Janvier *et al.*<sup>23</sup> propuseram um questionário a médicos e estudantes de medicina, direito, bioética e antropologia, em que se pedia para colocar em ordem de preferência quem deveria receber primeiro medidas de reanimação, caso todos os oito pacientes hipotéticos (de diversas faixas etárias) necessitassem de intubação e cuidados intensivos ao mesmo tempo. Um desses pacientes era pretermo extremo que, apesar de ter um prognóstico tão bom quanto ou em alguns casos muito melhor do que os outros pacientes hipotéticos, sua reanimação foi considerada em penúltimo lugar.

Alguns argumentam que os bebês são seres humanos, mas não são ainda pessoas, pois lhes faltam consciência e interação, que só iniciariam por volta dos dois meses de vida.<sup>24</sup> Outros dizem que o bebê ainda não tem uma história com a família e que quando se tem um relacionamento com a criança, os pais não podem imaginar a vida sem esta.<sup>25</sup>

Realmente, há que se valorizar a vida desde o seu início, entretanto, o fato de se exagerar o tratamento para pacientes mais velhos e com prognóstico pior do que o de alguns bebês pretermos, não significa que o profissional deva abandonar o seu julgamento clínico e nem substituir as evidências científicas no tratamento de bebês pretermos nascidos no limite de viabilidade.<sup>24,26</sup>

O papel do médico é ser o advogado do bebê e garantir tanto o seu direito à vida como a uma morte digna e sem sofrimento exagerado quando o grau de imaturidade é extremo. É preciso ter em mente que o resultado do cuidado intensivo neonatal pode determinar ao doente uma existência de limitações, sempre dependente de cuidadores e, muitas vezes, sem consciência de si próprio e dos que o circundam.

Argumentar que uma vida sem sequelas é melhor do que uma com sequelas não é uma forma de preconceito contra as pessoas com alguma deficiência. Um fato é viver da melhor maneira possível dentro das limitações existentes, outro é poder escolher se um filho já deve começar a vida com sequelas ou não. Se aos deficientes fosse dada a oportunidade de viver sem limitações, eles escolheriam uma vida com limitações?<sup>27</sup>

Existe atualmente uma aceitação de que 23 semanas seria o limite de viabilidade do ser humano.<sup>28</sup> Nenhuma sociedade científica recomenda o tratamento ativo de bebês nascidos abaixo dessa idade. Por outro lado, existe a aceitação de que a partir de 25 semanas de idade gestacional todos os esforços devem ser realizados para se preservar a vida.<sup>28</sup> O intervalo de idade gestacional entre 23 e 24 semanas constitui um tipo de “zona cinzenta” em que a reanimação só é realizada em casos individuais e, segundo o desejo dos pais.<sup>28</sup>

Vários países contam com protocolos bem estabelecidos para a decisão de reanimar ou não pretermos no limite de viabilidade. No nosso país, a decisão reanimar ou não um pretermo extremo é realizada de maneira aleatória, de acordo com a decisão pessoal do médico assistente no momento do parto e baseado em sua experiência profissional e impressões imediatas sobre a condição de saúde do bebê.

Frequentemente, a opção de reanimação ou não, não é claramente discutida com os pais e não se leva em consideração o interesse do bebê. Além disso, por outro lado, os obstetras frequentemente desconhecem a realidade da assistência neonatal, as sequelas impostas pela prematuridade e suscitam nos pais expectativas irreais de que os cuidados intensivos neonatais salvarão o bebê.

Assim, muitas vezes, nessas situações, os tratamentos médicos tornam-se um fim em si mesmo e o ser humano passa a estar em segundo plano. A atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, não na pessoa que padece.<sup>29,30</sup> Nesses casos, a ênfase cai na luta para garantir a máxima prolongação da vida (na quantidade de vida) e há pouca preocupação com a qualidade dessa vida prolongada.<sup>10</sup>

O médico deve utilizar todos os procedimentos e tratamentos que estão indicados, não deve utilizar os que estão contraindicados, nem os que são inúteis e deve restringir os que são pouco eficazes. Como consequência deste uso racional dos tratamentos, pode-se não iniciar ou retirar uma terapia que não proporcionará benefícios ao paciente.<sup>8</sup> A grande dificuldade nesse sentido é estabelecer para cada caso individual, os limites entre o que é ético e cientificamente adequado e o que é desproporcional.<sup>31</sup> Prolongar o processo de morrer às custas de tratamentos inúteis e desproporcionais não serve a propósito algum.

Portanto, diante de decisões difíceis do ponto de vista moral, talvez o mais adequado seja recorrer à ideia de prudência que segundo Diego Gracia, citado por Pessini:<sup>10</sup>

Consiste na tomada de decisões racionais em condições de incerteza. A prudência exige reduzir a probabilidade de erro em níveis ínfimos quando está em jogo a vida das pessoas, porém não anular completamente a possibilidade de erro, já que isso levaria a uma busca obsessiva de certeza que, além de impossível, atrasaria a tomada de decisões, tornando-a por isso mesmo imprudente. A incerteza, pois, deve reduzir-se a um mínimo (...), porém um mínimo prudencial, não absoluto. O problema de muitos médicos é que seguem empenhados em decidir em condições de absoluta certeza ou de mínimos absolutos e, em consequência, atuam imprudentemente. Isto é o que se conhece na literatura médica com o nome de encarniçamento terapêutico.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho constitui um ponto de partida para se iniciar uma discussão necessária que deve ser conduzida, idealmente, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, pelos seus departamentos de neonatologia e de bioética.

Trata-se de estimular um debate amplo a respeito do que fazer diante do nascimento de um prematuro no limite de viabilidade entre a equipe de saúde multiprofissional que atua com o RN (pediatras, obstetras, enfermeiros, bioeticistas, entre outros), as sociedades médicas, os representantes do Ministério Público e outros segmentos da sociedade brasileira. É necessário avançar nessa discussão, mostrar para a sociedade que o cuidado intensivo neonatal está inadequado para alguns e que deve ser modificado.

Além disso, é preciso estabelecer uma hierarquia ou uma prioridade de valores quanto aos critérios (biológicos, éticos, econômicos e legais) envolvidos na decisão de reanimar ou não pretermos no limite de viabilidade, levando-se em consideração as diferenças socioculturais entre as várias regiões brasileiras.

Estudos brasileiros multicêntricos devem ser realizados, para melhor conhecer as taxas de mortalidade e morbidade dos pretermos no limite de viabilidade, bem como a qualidade de vida dos sobreviventes.

Por último, é necessário que seja estabelecido um protocolo de atuação no limite de viabilidade para orientar os pais e profissionais a respeito da reanimação do bebê pretermo extremo.

## REFERÊNCIAS

1. De Leeuw R, Cuttini M, Nadai M, Berbik I, Hansen G, Kucinkas A, *et al.*; EURONIC study group. Treatment choices of extremely preterm infants: an international perspective. *J Pediatr.* 2000;137(5):608-16.
2. Peterson BS, Vohr B, Staib LH, Cannistraci CJ, Dolberg A, Schneider KC, *et al.* Regional brain volume abnormalities and long-term cognitive outcome in preterm infants. *JAMA.* 2000;284(15):1939-47.
3. García-Muñoz Rodrigo F, Díez Recinos AL, García-Alix Pérez A, Figueras Aloy J, Vento Torres M. Changes in perinatal care and outcomes in newborns at the limit of viability in Spain: the EPI-SEN Study. *Neonatology.* 2015;107(2):120-9.
4. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, *et al.*; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics.* 2010;126(3):443-56.
5. Shah PS, Sankaran K, Aziz K, Allen AC, Seshia M, Ohlsson A, *et al.* Outcomes of preterm infants <29 weeks gestation over 10-year period in Canada: a cause for concern? *J Perinatol.* 2012;32(2):132-8.
6. Hussain N, Rosenkrantz TS. Ethical considerations in the management of infants born at extremely low gestational age. *Semin Perinatol.* 2003;27(6):458-70.
7. Tyson JE, Stoll BJ. Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants. *Clin Perinatol.* 2003;30(2):363-87.
8. Bórquez GE, Anguita MV, Bernier VL. El prematuro en cuidado intensivo neonatal ¿Cuándo es el momento de decir no más? Reflexión bioética en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Pediatr.* 2004;75(2):181-7.
9. Ceriani Cernadas JM. La morbilidad reemplaza a la mortalidad: un dilema ético en el cuidado de los prematuros en los límites de la viabilidad. *Arch Argent Pediatr.* 2012;110(2):98-9.
10. Pessini L. Dinastasia: até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
11. Ribeiro CDM, Rego S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(Supl.2):2239-46.
12. Guinsburg R, Branco de Almeida MF, Dos Santos Rodrigues Sadeck L, Marba ST, Suppo de Souza Rugolo LM, Luz JH, *et al.*; Brazilian Network on Neonatal Research. Proactive management of extreme prematurity: disagreement between obstetricians and neonatologists. *J Perinatol.* 2012;32(12):913-9.

13. Fajardo CA, González S, Zambosco G, Cancela MJ, Forero LV, Venegas M, *et al.* End of life, death and dying in neonatal intensive care units in Latin America. *Acta Paediatr.* 2012;101(6):609-13.
14. Lantos JD. *The Lazarus Case: Life-and-death issues in neonatal intensive care.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2001. p. 64-81.
15. Margotto PR, Novaes MRCG, Pimentel M. Reanimação neonatal: quando não iniciar / quando interromper. *Rev Saúde Dist Fed.* 2004;15:47-70.
16. Stevenson DK, Goldworth A. Ethical dilemmas in the delivery room. *Semin Perinatol.* 1998;22(3):198-206.
17. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, *et al.* Special Report - Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Pediatrics.* 2010;126(5):e1400-13.
18. Martinez AM, Partridge JC, Yu V, Wee Tan K, Yeung CY, Lu JH, *et al.* Physician counselling practices and decision-making for extremely preterm infants in the Pacific Rim. *J Paediatr Child Health.* 2005;41(4):209-14.
19. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(2 Suppl):S109-16.
20. Goldsmith JP, Ginsberg HG, McGettigan MC. Ethical decisions in the delivery room. *Clin Perinatol.* 1996;23(3):529-50.
21. Fine RL, Whitfield JM, Carr BL, Mayo TW. Medical futility in the neonatal intensive care unit: hope for a resolution. *Pediatrics.* 2005;116(5):1219-22.
22. Villas-Boas ME. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Rev Bioét.* 2008;16(1):61-83.
23. Janvier A, Leblanc I, Barrington KJ. Nobody likes premies: the relative value of patients' lives. *J Perinatol.* 2008;28(12):821-6.
24. Paris JJ, Schreiber MD. Physicians' refusal to provide life-prolonging medical interventions. *Clin Perinatol.* 1996;23(3):563-71.
25. Ross LF. The moral status of the newborn and its implications for medical decision making. *Theor Med Bioeth.* 2007;28(5):349-55.
26. Kopelman LM, Kopelman AE. Using a new analysis of the best interests standard to address cultural disputes: whose data, which values? *Theor Med Bioeth.* 2007;28(5):373-91.
27. Miller G. Quality of life and best interests. In: Miller G. *Extreme prematurity: practices, bioethics, and the law.* New York: Cambridge University Press; 2007. p. 80-5.
28. Pignotti MS, Donzelli G. Perinatal care at the threshold of viability: an international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. *Pediatrics.* 2008;121(1):e193-8.
29. Cesarin SA. Breves considerações sobre eutanásia e ortotanásia e o respeito ao princípio da dignidade no momento da morte. *Anuário Prod Acad Doc.* 2008;12(2):7-23.
30. Callahan D. Living and dying with medical technology. *Crit Care Med.* 2003;31(5 Suppl):S344-6.
31. Urban CA, Hoepers R, Silva IM, Júnior AR. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(3):244-8.